

## **Chart Abstraction Questionnaire for the Investigation of Guillain-Barré Syndrome in Relation to Arboviral Infections**

O tempo estimado para a coleta dessas informações do público é em média 60 minutos por questionário, incluindo o tempo para revisar as instruções, buscar fontes de dados existentes, coletar e manter os dados necessários, completar e revisar o questionário. Uma agência não poderá realizar ou financiar, e uma pessoa não é obrigada a responder, a coleta de informações a menos que um número de controle OMB atualmente válido seja apresentado. Envie comentários sobre esta estimativa ou qualquer outro aspecto da coleta de informações, incluindo sugestões para reduzir esta carga para CDC / ATSDR Reports Clearance Officer; 1600 Clifton Road NE, MS D-74 Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-1011)

Nº Identif. Estudo BR- \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

 Caso Controle

O número de identificação começa com 2 dígitos (por exemplo, BR01), seguido de um "A" para o paciente-caso, um "B" para o primeiro controle, um "C" para o segundo controle e um "D" para o terceiro controle. Por exemplo, o segundo sujeito controle pareado ao número de caso 8 seria identificado como "BR-08-C."

**As páginas a seguir deverão ser preenchidas com base nos prontuários médicos/exames dos casos e controles aplicáveis:**

Responsável pela revisão do prontuário: \_\_\_\_\_ Data da revisão: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 DD MM AAAA

1. a. Para ambos, nos 2 meses anteriores a \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Data de início dos sintomas neurológicos do caso), a pessoa procurou atendimento por um médico/hospital com uma doença aguda (para os casos, além de sua doença neurológica)?  Sim  Não  Não sei

b. Em caso afirmativo, quando a pessoa indicou pela primeira vez estar passando mal? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

c. Em caso afirmativo, quais sintomas a pessoa citou ou quais sinais foram observados (marque todas as opções que se apliquem)?

Febre  Calafrios  Náusea ou vômito  Diarreia

Dores musculares  Dores nas articulações  Erupções da pele  Vermelhidão anormal dos olhos

Dor-de-cabeça  Dor por trás dos olhos  Torcicolo  Confusão

Dor abdominal  Tosse  Corrimento nasal  Dor de garganta  Dor na panturrilha

d. Se houve coleta de sangue para esta doença aguda, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ WBC \_\_\_\_ HgB \_\_\_\_ Plts \_\_\_\_ Na \_\_\_\_ K \_\_\_\_

BUN \_\_\_\_ Cr \_\_\_\_ Glicose \_\_\_\_ BiliTot \_\_\_\_ AST \_\_\_\_ ALT \_\_\_\_ FosfAlc \_\_\_\_

e. Em caso afirmativo, a pessoa foi hospitalizada em função dessa doença aguda?  Sim  Não  Não sei

f. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença?

Sim  Não  Não sei Qual produto? \_\_\_\_\_ Data? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

g. Em caso afirmativo, a pessoa recebeu plasmaferese/troca de plasma para tratar dessa doença?

Sim  Não  Não sei Em caso afirmativo, especifique a data. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da dengue realizado durante a doença aguda?

Sim  Não  Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

c. Em caso afirmativo, que amostra(s) foi(foram) coletada(s)?  Soro  Sangue  LCR  
 (Se mais de 1 amostra clínica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se apliquem).

PCR Pos. Neg. Não sei

NS1 Pos. Neg. Não sei

IgM      Pos.      Neg.      Não sei  
 IgG      Pos.      Neg.      Não sei

3. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da chikungunya realizado durante a doença aguda?

Sim  Não  Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra?    \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

c. Em caso afirmativo, que amostra(s) foi(foram) coletada(s)?     Soro       Sangue       LCR  
*(Se mais de 1 amostra clinica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)*

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se aplicarem).

PCR      Pos.      Neg.      Não sei  
 IgM      Pos.      Neg.      Não sei  
 IgG      Pos.      Neg.      Não sei

4. a. Para ambos, esse paciente teve o exame do zika vírus realizado durante a doença aguda?

Sim  Não  Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra?    \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

c. Em caso afirmativo, que amostra foi coletada       Soro     Sangue     LCR     Urina  
*(Se mais de 1 amostra clinica coletada, escreva na margem o tipo de amostra, data da coleta e resultado)*

d. Em caso afirmativo, marque o(s) exame(s) feitos e circule o resultado (marque todas as opções que se aplicarem).

PCR      Pos.      Neg.      Não sei  
 IgM      Pos.      Neg.      Não sei  
 IgG      Pos.      Neg.      Não sei

5. a. Para ambos, esse paciente teve o exame da leptospirose realizado durante a doença aguda?

Sim  Não  Não sei

b. Em caso afirmativo, qual foi a data da coleta da amostra?    \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

c. Em caso afirmativo, que amostra foi coletada?       Soro       Sangue       LCR

d. Em caso afirmativo, qual exame? \_\_\_\_\_

e. Em caso afirmativo, qual foi o resultado? \_\_\_\_\_

6. Para ambos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença aguda acima?

a. Soro                       Sim       Não      Data da coleta      \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

b. Sangue total             Sim       Não      Data da coleta      \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

c. LCR                       Sim       Não      Data da coleta      \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

d. Urina                      Sim       Não      Data da coleta      \_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ / \_\_\_\_\_

7. Para os casos, qual foi a data de início dos sintomas neurológicos do caso? (sintomas neuro; sem doença febril aguda nem diarreia anterior) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DD MM AAAA

8. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram no DIA DE INÍCIO (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas  Fraqueza nos braços  Fraqueza facial  Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas  Dormência/parestesia nos braços  Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório  Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza)  Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)

9. Para os casos, quais sintomas neurológicos ocorreram EM QUALQUER MOMENTO durante a doença neurológica (marque todas as opções que se apliquem)?

- Fraqueza nas pernas  Fraqueza nos braços  Fraqueza facial  Diplopia/Oftalmoplegia
- Dormência/parestesia nas pernas  Dormência/parestesia nos braços  Dormência/parestesia facial
- Falta de ar/desconforto respiratório  Desequilíbrio ao andar (não é fraqueza)  Descoordenação motora das mãos (não é fraqueza)

10. Para os casos, qual foi o tempo entre o início e o pico/pior momento dos sintomas neurológicos? \_\_\_\_\_

(minutos/horas/dias/semanas)

11. Para os casos, em seu pior momento durante essa doença neurológica, o paciente ficou... (marque todas as opções que se apliquem)

- Incapacitado de andar sem ajuda (por ex.: bengala, andador)  Totalmente incapacitado de andar
- Internado em um hospital  Internado na UTI/UTC  Entubado

12. Para os casos, grau de incapacidade de acordo com a escala Hughes (Data da avaliação \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_)

Grau de incapacidade:  (0 a 6)  Não sei

[0 = Recuperação completa, sem sequelas, 1= Sinais e sintomas menores de neuropatia, mas capaz de correr, 2= Capaz de caminhar 10 metros sem apoio, mas incapaz de correr, 3= Capaz de caminhar 10 metros com apoio, bengala ou andador, 4= Confinado a cama ou cadeira de rodas (incapaz de caminhar 10 metros com apoio), 5= Necessita de ventilação assistida, 6 – Óbito)

13. Se houve coleta de sangue durante esta doença neurológica, preencha as seguintes informações relativas à coleta de sangue INICIAL:

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ WBC \_\_\_\_ HgB \_\_\_\_ Plts \_\_\_\_ Na \_\_\_\_ K \_\_\_\_

BUN \_\_\_\_ Cr \_\_\_\_ Glicose \_\_\_\_ BiliTot \_\_\_\_ AST \_\_\_\_ ALT \_\_\_\_ FosfAlc \_\_\_\_

14. Para os casos, foi feita uma punção lombar (PL)?  Sim  Não  Não sei

Data da PL \_\_\_\_\_ Eritrócitos \_\_\_\_\_ Leucócitos \_\_\_\_\_ Proteína (mg/dL) \_\_\_\_\_ Glicose (mg/dL) \_\_\_\_\_

Data da PL \_\_\_\_\_ Eritrócitos \_\_\_\_\_ Leucócitos \_\_\_\_\_ Proteína (mg/dL) \_\_\_\_\_ Glicose (mg/dL) \_\_\_\_\_

15. Para os casos, houve hiporeflexia/arreflexia documentada no prontuário ou por neurologistas?  Sim  Não  Não sei

16. Para os casos, foi constatado algum sinal neuronal motor dos membros superiores no prontuário ou pelos neurologistas?  Sim  Não  Não sei

Em caso afirmativo, especifique: \_\_\_\_\_

17. Para os casos, há alguma amostra residual disponível relacionada à doença neurológica acima?

- a. Soro  Sim  Não Data da coleta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- a. Sangue total  Sim  Não Data da coleta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- c. LCR  Sim  Não Data da coleta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
- d. Urina  Sim  Não Data da coleta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

18. Para os casos, o paciente recebeu algum produto hemoderivado/IVIG para esta doença neurológica?

Sim  Não  Não sei

Qual produto? \_\_\_\_\_ Data? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

19. Para os casos, o paciente teve exame realizado para alguma das seguintes doenças? Em caso afirmativo, qual foi o resultado (inclua o tipo de amostra e o exame realizado)?

- a. *Campylobacter jejuni*  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- b. *Mycoplasma pneumoniae*  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- c. *Haemophilus influenza*  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- d. *Salmonella species*  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- e. Citomegalovirus (CMV)  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- f. Epstein-Barr (EBV)  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- g. Varicella-zoster (VZV)  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- h. HIV  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_
- i. Enterovirus / Rhinovirus  Sim  Não Resultado: \_\_\_\_\_

20. Para os casos, foi realizado algum exame de imagem? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim  Não Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

21. Para os casos, foi realizado algum exame eletrodiagnostico (e.g. EMG)? Em caso afirmativo, qual foi o resultado?

Sim  Não Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

22. Para os casos, qual foi o nível de Brighton para a SGB? 1 2 3 4 5

#### Níveis de certeza diagnóstica

Nível 1	Nível 2	Nível 3	Nível 4*	Nível 5
Ausência de um diagnóstico alternativo da fraqueza				Não e um caso
Manifestação aguda de fraqueza/paralisia flácida bilateral e relativamente simétrica dos membros com ou sem envolvimento dos músculos respiratórios ou inervados pelos nervos cranianos				
Diminuição ou ausência de reflexos profundos dos tendões ao menos nos membros afetados				
Padrão de doença monofásica com nadir da fraqueza atingido entre 12 horas e 28 dias, seguido de platô clínico e melhoria ou óbito subsequente				
Presença de dissociação	LCR com contagem total de glóbulos brancos			

albuminocitológica (elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal e contagem total de glóbulos brancos do LCR < 50 células/mm <sup>3</sup> )	< 50 células/mm <sup>3</sup> (com ou sem elevação do nível de proteína do LCR acima do valor laboratorial normal)			
Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB	Resultados eletrofisiológicos compatíveis com a SGB, caso não haja coleta de LCR ou resultados indisponíveis.			